



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ **Αρ. Φύλλου 1171**

24 Αυγούστου 2005

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ. ΔΙΑΔΠ/Ε/15689

Καθορισμός διοικητικών διαδικασιών αρμοδιότητας Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας - ΙΚΑ ΕΤΑΜ και των αντίστοιχων εντύπων τους που διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.).

**ΟΙ ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ - ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του τελευταίου εδαφίου της παραγράφου 1 του άρθρου 31 του ν. 3013/2002 «Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 102/Α΄/1.5.2002, όπως αντικαταστάθηκε από την παρ. 11 του άρθρου 16 του ν. 3345/2005 (ΦΕΚ138/Α/16.6.2005).

2. Τις διατάξεις του άρθρου 8 του ν. 1599/1986 «Σχέσεις Κράτους - Πολίτη, καθιέρωση νέου τύπου δελτίου ταυτότητας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 75/Α/11.6.1986, σε συνδυασμό με αυτές της παρ. 2 του αρθ. 2 της από 21.12.2001 ΠΝΠ (ΦΕΚ/Α/288/21.12.2001) «Αρμοδιότητα των δικαστηρίων σε υποθέσεις αναγκαστικών απαλλοτριώσεων, φορολογικές και τελωνειακές ρυθμίσεις».

3. Τις διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 3 του ν.2690/1999 «Κύρωση του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 45/Α/9.3.1999.

4. Τις διατάξεις του άρθρου 27 του ν. 2081/1992 «Περιορισμός και βελτίωση της αποτελεσματικότητας των κρατικών δαπανών και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 154/Α/1992), με το οποίο προστέθηκε άρθρο 29 Α στο ν. 1558/1985 (ΦΕΚ 137/Α/1985), όπως τελικά αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 του ν. 2469/1997 (ΦΕΚ 38/Α/1997).

5. Την υπ' αριθμ. ΔΙΑΔΠ/Α1/18368/1.10.2002/Φ.Ε.Κ. 1276Β΄ απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών, Διοίκησης και Αποκέντρωσης «Καθορισμός του τύπου και του περιεχομένου της Υπεύθυνης Δήλωσης του άρθρου 8 του ν.1599/1986 (ΦΕΚ 75)».

6. Τις διατάξεις του άρθρου 5 του ν. 3242/2004 «Ρυθμίσεις για την οργάνωση και λειτουργία της Κυβέρνησης, τη διοικητική διαδικασία και τους Ο.Τ.Α.» (ΦΕΚ 102/Α/2004).

7. Τις διατάξεις της παρ. 1, άρθ. 24 του ν. 3200/2003 «Τροποποιήσεις του ν. 1388/1983. Ίδρυση Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης. Ίδρυση Εθνικής Σχολής Τοπικής Αυτοδιοίκησης και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 281/Α΄/9.12.2003), με τις οποίες η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης μετονομάζεται σε Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης.

8. Την υπ' αριθμ. ΔΙΔΚ/Φ1/2/6139/23.3.2004 απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης».

9. Την υπ' αριθμ. 80015/22.4.2004, ΦΕΚ 598/τ.Β΄/22.4.2004 απόφαση, όπως τροποποιήθηκε με την υπ' αριθμ. 80045/23.8.2004, ΦΕΚ 1293/τ.Β΄/23.8.2004 απόφαση ανάθεσης αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας.

10. Το υπ' αριθμ. Γ41/11/25.5.2005 έγγραφο του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

11. Την ανάγκη απλούστευσης των διοικητικών διαδικασιών και γενικότερα βελτίωσης της εξυπηρέτησης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον πολίτη.

12. Το γεγονός ότι από την έκδοση της απόφασης αυτής δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

Οι πιο κάτω διοικητικές διαδικασίες που εμπίπτουν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας - ΙΚΑ ΕΤΑΜ μπορούν να διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.) κατά την προβλεπόμενη από το άρθρο 31 του ν.3013/2002 διαδικασία:

1. Δήλωση Απώλειας Ασφαλιστικού Βιβλιαρίου (Υ.Δ.Α.Α.Β)
2. Βεβαιώσεις Χρόνου Ασφάλισης
3. Δήλωση απώλειας Ατομικού Βιβλιαρίου Ασθενείας
4. Δήλωση απώλειας Οικογενειακού Βιβλιαρίου Ασθενείας Συζύγου

5. Δήλωση απώλειας Οικογενειακού Βιβλιαρίου άγαμων τέκνων

6. Δήλωση Διαφωνίας επί των Ασφαλιστικών Στοιχείων-Καταγγελία

Για τη διευκόλυνση της λειτουργίας των Κ.Ε.Π. και των πολιτών σε κάθε διοικητική διαδικασία αντιστοιχεί ιδιαίτερο έντυπο αίτησης. Τα έντυπα αυτά που αντιστοιχούν σε κάθε μία από τις πιο πάνω διαδικασίες επισυνάπτονται στην παρούσα απόφαση, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της και είναι αυτά που θα χρησιμοποιούνται από τα Κ.Ε.Π. και τις καθ' ύλη αρμόδιες υπηρεσίες για τη διευκόλυνσή τους.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 10 Αυγούστου 2005

ΟΙ ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ	ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΑΝΔΡΕΟΥΛΑΚΟΣ	**ΝΙΚΟΣ ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ**

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ
Α.α. καταχ.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ*

ΥΠΟΚ/ΜΑ Ι.Κ.Α...ΚΩΔ.................................. ΑΡΙΘΜΟΣ ΗΤΡΩΟΥ:...

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦ/ΝΟΥ

(1) ....
Επώνυμο (κεφαλαία) Όνομα (κεφαλαία)

....
Όνομα πατέρα (κεφαλαία) Όνομα μητέρας (κεφαλαία) έτος Γεννήσεως

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ....
πόλη οδός ΑΡΙΘ. Τ.Κ. Τηλέφωνο

Ο πιο πάνω ασφαλισμένος δηλώνω υπεύθυνα ότι έχασα το ασφαλιστικό βιβλιάριό μου, στο οποίο είχαν επικολληθεί ένσημα για τις ημέρες εργασίας που πραγματοποίησα από..........................μέχρι..................και σας παρακαλώ να φροντίσετε να μου εκδοθεί καινούργιο καιν να μου αναγνωρισθούν όλες οι ημέρες εργασίας που περιείχε το χαμένο.

Γνωρίζοντας ότι οφείλω, σύμφωνα με τη παραγραφ. 2 του άρθρου 10 του Κ.Α. του ΙΚΑ, να προσκομίσω κάθε αναγκαία απόδειξη για το ακριβές περιεχόμενο του χαμένου ασφαλιστικού βιβλιαρίου μου, σας υποβάλλω τα ακόλουθα:

α. Το προηγούμενο και επόμενο του χαμένου, ασφαλιστικά μου βιβλιάρια.

(2) β. Το βιβλιάριο υγείας της χρονικής περιόδου που ζητώ την αναγνώριση ή δηλώνω ότι δεν έχω στην κατοχή μου βιβλιάριο υγείας της περιόδου αυτής και

γ. Βεβαίωση (-εις) ασφαλιστικού περιεχομένου του ΙΚΑ ή άλλων ασφαλιστικών οργανισμών.

Οι εργοδότες στους οποίους απασχολήθηκα και με ασφάλισαν είναι οι παρακάτω:

1. ....
(επίθετο του εργοδότη ή τίτλος της επιχείρησης) (είδος επιχείρησης)
....από................μέχρι...
(Διεύθυνση-συνοικία) (περίοδος απασχόλησης) (ειδικότητα) (Αρ. Μητρ. Εργοδότη)

2. ....
(επίθετο του εργοδότη ή τίτλος της επιχείρησης) (είδος επιχείρησης)
....από................μέχρι...
(Διεύθυνση-συνοικία) (περίοδος απασχόλησης) (ειδικότητα) (Αρ. Μητρ. Εργοδότη)

3. ....
(επίθετο του εργοδότη ή τίτλος της επιχείρησης) (είδος επιχείρησης)
....από................μέχρι...
(Διεύθυνση-συνοικία) (περίοδος απασχόλησης) (ειδικότητα) (Αρ. Μητρ. Εργοδότη)

....στις..................19...........
(τόπος) (Ημερομηνία)
Ο ΔΗΛΩΝΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

(Υπογραφή)

* Σχετ. Εγκ. ΙΚΑ 160/88 και ΓΕ 345046/80
(1)επί παντρεμένων γυναικών θα αναγράφεται το πατρικό και το επώνυμο του συζύγου.
(2) θα διαγράφεται η ανάλογη ένδειξη.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

1. ΥΠΟΚ/ΜΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ...Αριθ. Πρωτ. Εισερχ/νου..................................
α. Έχει άλλο πλην του χαμένου ασφαλιστικό βιβλιάριο; ΝΑΙ ΟΧΙ
β. Έχει το επώνυμο του χαμένου ασφ/κό βιβλιάριο το οποίο φέρει ή δεν φέρει ανακεφαλαίωση ημερομισθίων του προηγούμενου Δελτίου εισφορών με ανάλυση ημερών τελευταίας πενταετίας, ως ακολούθως:

19......|	19......|	19......|	19......|	19......|	19......|	19......|
μέχρι συν. Η.Ε.	έτος Η.Ε.	έτος Η.Ε.	έτος Η.Ε.	έτος Η.Ε.	έτος Η.Ε.	έτος ανακεφ συν. Η.Ε.

γ. Από το επόμενο του χαμένου ασφ/κό βιβλιάριο προκύπτει έναρξη ασφάλισης από..
στον εργοδότη..είδος επιχείρησης...
Α.Γ.Μ. ....Δ/νση επιχ...

δ. Έχει το επόμενο του χαμένου ασφ/κό βιβλιάριο από το οποίο προκύπτει ασφάλιση μέχρι και...
στον εργοδότη..είδος επιχείρησης...
Α.Γ.Μ. ....Δ/νση επιχ...

ε. Έχει ή δεν έχει στην κατοχή του ο ασφ/νος βιβλιάριο υγείας της κρίσιμης χρον. Περιόδου ασφάλισης;
ΝΑΙ – ΟΧΙ εάν έχει επισυνάπτονται επικυρωμένες φωτοτυπίες των κρίσιμων σελίδων του βιβλιαρίου υγείας

Στ. Λοπές διαπιστώσεις ....
....

Συνημμένα:

Διαβιβάζεται στο Υποκ/μα:...
(υποκ. αρχικής απογραφής)
Ημερομηνία διαβιβάσεως:..
(ημερ. μήνας, έτος)
Αριθμός πρωτοκόλλου εξερχ/νου....................................

Ο ΠΑΡΑΛΑΒΩΝ

(υπογραφή)

Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ

(υπογραφή)

2. ΥΠΟΚ/ΜΑ ΑΡΧΙΚΗΣ ΑΠΟΓΡΑΦΗΣ...Αριθ. Πρωτ. Εισερχ/νου..................................
Από την έρευνα των στοιχείων που τηρούνται στην υπηρεσία μας προκύπτουν τα ακόλουθα:
Α. ΑΠΟΓΡΑΦΗΚΕ ΓΙΑ ΠΡΩΤΗ ΦΟΡΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 19....., όπως προκύπτει από*..
Β. ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΗΕ
α. Διαπιστώθηκε καταχώρηση ημερών ασφάλισης της κρίσιμης χρονικής περιόδου: ΝΑΙ – ΟΧΙ
β. Έχουν καταχωρηθεί ημέρες ασφάλισης κλάδου συντάξεως της κρίσιμης περιόδου, αναλυτικά ως ακολούθως:

-από ανακεφαλαίωση:	19.........|	19.........|	19.........|	19.........|	19.........|	19.........|
-από εκθέσεις ελέγχου ΠΕΕ	19.........|	19.........|	19.........|	19.........|	19.........|	19.........|
-από αναγν/κές αποφάσεις:	19.........|	19.........|	19.........|	19.........|	19.........|	19.........|

Γ. ΑΠΟ ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΜΕΝΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ
α. Διαπιστώθηκε καταχώρηση ημερών ασφάλισης της κρίσιμης χρονικής περιόδου; ΝΑΙ – ΟΧΙ
β. έχουν καταχωρηθεί ημέρες ασφάλισης κλάδου συντάξεως της κρίσιμης περιόδου, αναλυτικά ως εξής:

19.........|	19.........|	19.........|	19.........|	19.........|	19.........|
έτος Η.Ε.	έτος Η.Ε.	έτος Η.Ε.	έτος Η.Ε.	έτος Η.Ε.	έτος Η.Ε.

Δ. ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΑΚΕΛΛΟ
α. Βρέθηκε ατομικός ασφ/κός φάκελλος; ΝΑΙ – ΟΧΙ
(σχετ. Εγκ. ΙΚΑ 3/88)
* Το στοιχείο αυτό θα προκύπτει κυρίως από το βιβλίο απογραφής ασφαλισμένων ή από τον φάκελλο τέλος από τη ΔΜΕ, μετά από τηλεφωνική επικοινωνία.

β. Στον ατομικό ασφ/κό φάκελλο βρέθηκαν τα παρακάτω στοιχεία:
- ασφαλιστικά βιβλιάρια με επικόλληση ενσήμων ετών από 19……. μέχρι 19…….
ή δεν βρέθηκαν ασφαλιστικά βιβλιάρια
- δελτίο απογραφής ασφ/νου: ΝΑΙ – ΟΧΙ
- βεβαιώσεις ασφ/κού περιεχομένου: ΝΑΙ – ΟΧΙ
- αποφάσεις επί ΥΔΑΑΒ της κρίσιμης περιόδου: ΝΑΙ – ΟΧΙ
- λοιπά έγγραφα στοιχεία (διαπιστώσεις κλπ.): ΝΑΙ - ΟΧΙ
Σημ. Τα αμέσως παραπάνω στοιχεία φωτοτυπούνται και επισυνάπτονται στην ΥΔΑΑΒ.
Συνημμένα:

Επιστρέφεται στο Υποκ/μα:..
(υποκ/μα παραλαβής)
Αριθ. Πρωτ. εξερχομένου:..
(αριθ. και ημερομηνία)

Ο υπάλληλος — Ο προϊστάμενος

(υπογραφή) — (υπογραφή)

3. ΥΠΟΚ/ΜΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ.

Αριθ. Πρωτ. εισερχομένου:...……..
(ημερομηνία)
Διαβιβάζεται στο Υποκ/μα:...…..
(υποκ/μα απασχόλησης)
Αριθ. Πρωτ. Εξερχομένου:..................................……………..
(αριθ. και ημερομηνία)

Συνημμένα…………………………………………………

4. ΥΠΟΚ/ΜΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ..Αριθ. Πρωτ. Εισερχ/νου:............................………..
Από τα τηρούμενα στην υπηρεσία μας στοιχεία και συγκεκριμένα από:
1. Τα αριθμητικά και λεξικογραφικά Μητρώα εργοδοτών, από τα παλιά και νεώτερα βιβλία τομέων, από τα ειδικά βιβλία καταχώρησης των επιχειρήσεων που μεταφέρθηκαν στα νεοϊδρυθέντα υποκ/τα:
- βρέθηκε ή δεν βρέθηκε* απογεγραμμένος εργοδότης………………………………………………………………………….
(Επώνυμο ή τίτλος Επιχ.)
με ΑΓΜ …………………………είδος επιχ……………………………………..Διεύθυνση……………………………………...

2. Τον εργοδοτικό φάκελλο:
α. Υπάρχουν μισθολογικές καταστάσεις της κρίσιμης χρον. περιόδου; ΝΑΙ – ΟΧΙ
β. Υπάρχουν μισθολογικές καταστάσεις από..................................μέχρι................................
γ. Άλλα έγγραφα στοιχεία που υπάρχουν στον εργοδοτικό φάκελλο (εκθέσεις ελέγχου, βεβαιώσεις υπαλλήλων κλπ.)
....
....
....
....
* Θα διαγράφεται ανάλογα η ένδειξη
3. Το βιβλίο ελέγχου Εργοδότη (ΒΕΕ) και συγκεκριμένα:
α. Από τις παρατηρήσεις ελέγχου σε συσχετισμό και με τις εγγραφές στα Δελτία Ελέγχου, που αφορούν την κρίσιμη περίοδο διαπιστώθηκαν ότι:..
....
....
β. Επίσης από τις εγγραφές στα αντίστοιχα Δελτία ελέγχου διαπιστώθηκε ότι για τις αναλογούσες εισφορές της κρίσιμης περιόδου:
β1. αγοράστηκαν ένσημα από τον εργοδότη...
β2. συντάχθηκε καταλογιστική ΠΕΕ η οποία έχει οριστικοποιηθεί..
αριθμός ΠΕΕ
για..ημέρες εργασίας από..μέχρι ....
4. Από τα τηρούμενα στην επιχείρηση έγγραφα στοιχεία (μισθολογικές καταστάσεις, κάρτες προσλήψεως εργασίας, καταγγελίες συμβάσεως εργασίας κλπ.) διαπιστώθηκαν...
....
....
....
5. Τέλος, από τα τηρούμενα στοιχεία στο υποκ/μα μας προκύπτει ότι.....................παραπάνω εργοδότ.......δεν ή έχ.........................

απογραφεί στα μητρώα Οικοδομοτεχνικών έργων και από τις μισθολογικές καταστάσεις που υπέβαλ...........για την παραπάνω κρίσιμη χρονική περίοδο προκύπτει απασχόληση τ...........ασφ/ν.................αναλυτικά ως εξής:

α.α.	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΡΓΟΔΟΤΗ ΟΙΚΟΔΟΜΗΣ	ΑΓΜ	ΑΡΙΘ. ΚΑΤΑΧ/ΣΗΣ	ΧΡΟΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ					
				ΜΗΝΑΣ	ΕΤΟΣ	ΗΜΕΡΕΣ ΕΡΓΑΣ.	ΜΗΝΑΣ	ΕΤΟΣ	ΗΜΕΡΕΣ ΕΡΓΑΣ.

Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας και των στοιχείων που συλέχθηκαν από τα Υποκ/τα Παραλαβής, Αρχικής Απογραφής και Απασχόλησης διαπίστωσα ότι...

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....και εισηγούμαι...

....

Ο ενεργήσας τον Έλεγχο

(Υπογραφή)

Ο προϊστάμενος Εσόδων

(Υπογραφή)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Απώλεια Ατομικού Βιβλιαρίου Ασθενείας».

ΠΡΟΣ:	**Το Υποκατάστημα ΙΚΑ (**τόπου κατοικίας Ασφ/νου) ……………………………….	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Ημ/νία & Αρχή έκδοσης:			
Ημερομηνία γέννησης 1:		Τόπος γέννησης:			
Αριθμός Μητρώου Ασφ/νου(Βιβλιαρίου):					
		Συνταξιούχος: Ασφ/νος :			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:*	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1.Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86,στην οποία δηλώνεται η απώλεια του Βιβλιαρίου(ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)			
2.Φωτογραφία			
3.Απόδειξη ΔΕΗ-ΟΤΕ για τη διεύθυνση κατοικίας του			
4.Ασφαλιστικά Βιβλιάρια(ήτοι: Δελτίο Ασφαλιστικής Ταυτότητας & Εισφορών(Δ..Α.Τ.Ε), Ατομικό Βιβλιάριο Ασφαλισμένου(Α.Β..Α.), Ατομικό Δελτίο Εισφορών(Α.Δ.Ε.), Απόσπασμα Ατομικού Λογαριασμού Ασφαλισμένου (Α..Α..Λ..Α.)			
*Σχετικές Διατάξεις :Του άρθρου 5 του Κανονισμού Ασθενείας ΙΚΑ και η ΑΥΕ 25078/28-5-38.			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………….
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………….
4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ:
ΚΟΣΤΟΣ: μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……..……………..20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	«Απώλεια Ατομικού Βιβλιαρίου Ασθενείας».		
Υπηρεσία Υποβολής:	**Το Υποκατάστημα ΙΚΑ (**τόπου κατοικίας Ασφ/νου) ………………………………..		
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ*:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1.Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86,στην οποία δηλώνεται η απώλεια του Βιβλιαρίου(ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)			
2.Φωτογραφία			
3.Απόδειξη ΔΕΗ-ΟΤΕ για τη διεύθυνση κατοικίας του			
4.Ασφαλιστικά Βιβλιάρια(ήτοι: Δελτίο Ασφαλιστικής Ταυτότητας & Εισφορών(Δ..Α.Τ.Ε), Ατομικό Βιβλιάριο Ασφαλισμένου(Α.Β..Α.), Ατομικό Δελτίο Εισφορών(Α.Δ.Ε.), Απόσπασμα Ατομικού Λογαριασμού Ασφαλισμένου (Α..Α..Λ..Α.)			
*Σχετικές Διατάξεις :Του άρθρου 5 του Κανονισμού Ασθενείας ΙΚΑ και η ΑΥΕ 25078/28-5-38.			

ΧΡΟΝΟΣ:
ΚΟΣΤΟΣ: μηδέν
ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Απώλεια Οικογενειακού Βιβλιαρίου άγαμων τέκνων».

ΠΡΟΣ:	**Το Υποκατάστημα ΙΚΑ(**τόπου κατοικίας Ασφ/νου) ………………………………..	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Ημ/νία & Αρχή έκδοσης:			
Ημερομηνία γέννησης [1]:		Τόπος γέννησης:			
Αριθμός Μητρώου Ασφ/νου(Βιβλιαρίου):					
		Συνταξιούχος: Ασφ/νος :			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[(4)] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:*	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1.Υπεύθυνη Δήλωση απώλειας Βιβλιαρίου Ασθενείας(η ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)			
2.Ληξιαρχική πράξη γέννησης τέκνων ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης			
3.Έγχρωμες φωτογραφίες(1) του κάθε τέκνου			
4.Θεωρημένο Βιβλιάριο ασθενείας του άμεσα ασφαλισμένου γονέα			
5.Αντίγραφο πτυχίου(μόνο για τα τέκνα που είναι άνεργα και έληξαν οι σπουδές τους για την κάλυψή τους για δύο χρόνια μετά την λήξη των σπουδών τους και όχι πέραν του 26ου έτους της ηλικίας τους.			
6.Υπεύθυνη Δήλωση ότι το τέκνο είναι άνεργο(μόνο για όσα είναι άνω των 18 και μέχρι την ηλικία των 24 ετών)			
7.Βεβαίωση Εκπαιδευτικού Ιδρύματος(μόνο για τα τέκνα που σπουδάζουν και είναι άνεργα άνω των 24 ετών)			
8.Απόφαση Υγειονομικής Επιτροπής-ΑΥΕ(μόνο για τα ανίκανα για κάθε βιοποριστική εργασία τέκνα ανεξαρτήτως ορίου ηλικίας)			
* Σχετικές Διατάξεις:Του άρθρου 5 του Κανονισμού Ασθενείας ΙΚΑ και η ΑΥΕ 25078/28-5-38.			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………………
4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ:
ΚΟΣΤΟΣ: μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΙΚΑ (με βάση τις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 3242/2004 και την αρ.ΔΙΑΔΠ/5185/16-3-2005 απόφαση του Υπουργού ΕΣ.Δ.Δ.Α) να προβεί στην αυτεπάγγελτη αναζήτηση του παραπάνω πιστοποιητικού.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	««Απώλεια Οικογενειακού Βιβλιαρίου άγαμων τέκνων».		
Υπηρεσία Υποβολής:	**Το Υποκατάστημα ΙΚΑ(**τόπου κατοικίας Ασφ/νου) ………………………………..		
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:*	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1.Υπεύθυνη Δήλωση απώλειας Βιβλιαρίου Ασθενείας(η ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)			
2.Ληξιαρχική πράξη γέννησης τέκνων ή πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης			
3.Έγχρωμες φωτογραφίες(1) του κάθε τέκνου			
4.Θεωρημένο Βιβλιάριο ασθενείας του άμεσα ασφαλισμένου γονέα			
5. Αντίγραφο πτυχίου(μόνο για τα τέκνα που είναι άνεργα και έληξαν οι σπουδές τους για την κάλυψή τους για δύο χρόνια μετά την λήξη των σπουδών τους και όχι πέραν του 26ου έτους της ηλικίας τους.			
6.Υπεύθυνη Δήλωση ότι το τέκνο είναι άνεργο(μόνο για όσα είναι άνω των 18 και μέχρι την ηλικία των 24 ετών)			
7.Βεβαίωση Εκπαιδευτικού Ιδρύματος(μόνο για τα τέκνα που σπουδάζουν και είναι άνεργα άνω των 24 ετών)			
8.Απόφαση Υγειονομικής Επιτροπής-ΑΥΕ(μόνο για τα ανίκανα για κάθε βιοποριστική εργασία τέκνα ανεξαρτήτως ορίου ηλικίας)			
* Σχετικές Διατάξεις:Του άρθρου 5 του Κανονισμού Ασθενείας ΙΚΑ και η ΑΥΕ 25078/28-5-38			

ΧΡΟΝΟΣ:
ΚΟΣΤΟΣ: μηδέν
ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Απώλεια Οικογενειακού Βιβλιαρίου Ασθενείας Συζύγου».

ΠΡΟΣ:	**Το Υποκατάστημα ΙΚΑ(**τόπου κατοικίας Ασφ/νου) ………………………………..	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ** *Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα(Δικαιούχου):		Επώνυμο(Δικαιούχου):			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Ημ/νία & Αρχή έκδοσης:			
Ημερομηνία γέννησης [1]:		Τόπος γέννησης:			
Αριθμός Μητρώου Ασφ/νου(Βιβλιαρίου)					
		Συνταξιούχος: Ασφ/νος : Δικαιούχο Μέλος:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:*	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86,στην οποία δηλώνεται η απώλεια του βιβλιαρίου(ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)			
2.Φωτογραφία			
3.Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης			
4.Αντίγραφο Φορολογικής Δήλωσης			
5.Ατομικό Βιβλιάριο Υγείας του Συζύγου θεωρημένο			
*Σχετικές Διατάξεις :Του άρθρου 5 του Κανονισμού Ασθενείας ΙΚΑ και η ΑΥΕ 25078/28-5-38.			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………….
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………..
4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ:
ΚΟΣΤΟΣ: μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

……..……………..20…………..

(Υπογραφή)

(3) Εξουσιοδοτώ το ΙΚΑ (με βάση τις διατάξεις του άρθρου 5 του Ν. 3242/2004 και την αρ.ΔΙΑΔΠ/5185/16-3-2005 απόφαση του Υπουργού ΕΣ.Δ.Δ.Α) να προβεί στην αυτεπάγγελτη αναζήτηση του παραπάνω πιστοποιητικού.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	«Απώλεια Οικογενειακού Βιβλιαρίου Ασθενείας Συζύγου».		
Υπηρεσία Υποβολής:	**Το Υποκατάστημα ΙΚΑ(**τόπου κατοικίας Ασφ/νου) ………………………………..		
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:*	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[(3)]
1. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86,στην οποία δηλώνεται η απώλεια του βιβλιαρίου(ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)			
2.Φωτογραφία			
3.Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης			
4.Αντίγραφο Φορολογικής Δήλωσης			
5.Ατομικό Βιβλιάριο Υγείας του Συζύγου θεωρημένο			
*Σχετικές Διατάξεις: Του άρθρου 5 του Κανονισμού Ασθενείας ΙΚΑ και η ΑΥΕ 25078/28-5-38.			

ΧΡΟΝΟΣ:
ΚΟΣΤΟΣ: μηδέν
ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαιώσεις Χρόνου Ασφάλισης».

ΠΡΟΣ:	**Το Υποκατάστημα ΙΚΑ**(τόπου κατοικίας Ασφ/νου) ……………………………………	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ *Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Ημ/νία & Αρχή έκδοσης:				
Ημερομηνία γέννησης [1]:			Τόπος γέννησης:				
Αριθμός Μητρώου Ασφ/νου(Βιβλιαρίου):							
			Συνταξιούχος: Ασφ/νος :				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[(4)] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:				ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. **Βεβαιώσεις για χρήση στον Ο.Ε.Κ*** (Οργανισμός Εργατικής Κατοικίας): Ασφαλιστικά Βιβλιάρια, ήτοι: Δελτίο Ασφαλιστικής Ταυτότητας & Εισφορών(Δ..Α.Τ.Ε), Ατομικό Βιβλιάριο Ασφαλισμένου(Α.Β..Α.), Ατομικό Δελτίο Εισφορών(Α.Δ.Ε.), Απόσπασμα Ατομικού Λογαριασμού Ασφαλισμένου (Α..Α..Λ..Α.)			
2. **Βεβαιώσεις για χρήση στο Α.Σ.Ε.Π*** Ασφαλιστικά Βιβλιάρια, δηλαδή: Δ.Α.Τ.Ε., Α.Β.Α.,Α.Δ.Ε.,Α.Α..Λ..Α.			

*Σχετικές Διατάξεις:άρθ.53 του Ν.1539/85 και άρθ.10 του Ν.2972/01.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………….
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………….
4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

ΧΡΟΝΟΣ:
ΚΟΣΤΟΣ: μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

…………………….20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία] 2



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	«Βεβαιώσεις Χρόνου Ασφάλισης».				
Υπηρεσία Υποβολής:	**Το Υποκατάστημα ΙΚΑ**(τόπου κατοικίας Ασφ/νου) ………………………..				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Βεβαιώσεις για χρήση στον Ο.Ε.Κ* (Οργανισμός Εργατικής Κατοικίας): <u>Ασφαλιστικά Βιβλιάρια</u>, ήτοι: Δελτίο Ασφαλιστικής Ταυτότητας &Εισφορών(Δ..Α.Τ.Ε), Ατομικό Βιβλιάριο Ασφαλισμένου(Α.Β..Α.), Ατομικό Δελτίο Εισφορών(Α.Δ.Ε.), Απόσπασμα Ατομικού Λογαριασμού Ασφαλισμένου(Α..Α..Λ..Α.)			
2. Βεβαιώσεις για χρήση στο Α.Σ.Ε.Π* <u>Ασφαλιστικά Βιβλιάρια,</u> δηλαδή: Δ.Α.Τ.Ε., Α.Β.Α., Α.Δ.Ε., Α.Α..Λ..Α.			
* Σχετικές Διατάξεις:άρθ.53 του Ν.1539/85 και άρθ.10 του Ν.2972/01.			

ΚΟΣΤΟΣ: μηδέν
ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ. ••••••••••••
ΗΜΕΡΟΜ. •••••••••••••••
ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ •••••••••

Διατηρείται μέχρι καταστροφής της σχετικής αποφάσεως ή Π.Ε.Ε.

ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΑΦΩΝΙΑΣ ΕΠΙ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ – ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ……………………………………..ΟΝΟΜΑ •………………………ΟΝ. ΠΑΤΕΡΑ ……………………ΗΜ. ΓΕΝ. ……………...

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ …………………………...ΑΡ. & ΗΜΕΡ. ΤΑΥΤ. ………………………..ΑΡΧΗ ΕΚΔΟΣ. ………………………………...

ΟΔΟΣ •…………………………………….. ΑΡ……… ΣΥΝΟΙΚΙΑ – ΠΟΛΗ ………………………. ΑΡ. ΤΗΛΕΦ …………………………..

Γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου «Περί ψευδούς δηλώσεως» (Ν. 1599/86) δηλώνω ότι:

1. τα ασφαλιστικά στοιχεία μου που απεικονίζονται στο Απόσπασμα Ατομικού Λογαριασμού Ασφάλισης του .... τριμήνου/ τετραμήνου/ εξαμήνου 20.. δεν είναι τα ορθά
2. ο με τα κατωτέρω στοιχεία εργοδότης μου, στον οποίο απασχολήθηκα δεν με έχει ασφαλίσει **ή** με ασφάλισε με στοιχεία που δεν ανταποκρίνονται στα πραγματικά στοιχεία της απασχόλησής μου

και παρακαλώ να κάμετε τις απαραίτητες ενέργειες για την ασφαλιστική μου τακτοποίηση.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ……………………………………………………………………………..ΑΜΕ………………………..Α.Φ.Μ…..…………………Δ/Ν

ΣΗ ΕΔΡΑΣ ΕΠΙΧ/ΣΗΣ …………………………………………..Δ/ΝΣΗ ΠΑΡ/ΤΟΣ ΑΠΑΣΧ/ΣΗΣ ………………………………………

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗ ……………………………………………………………………………………………………....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΔΟΜΟΤΕΧΝΙΚΟΥ ΕΡΓΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ……………………………………………………………………….ΑΜΟΕ………………………...……………………….

Δ/ΝΣΗ ΕΡΓΟΥ …………………………………………..Δ/ΝΣΗ ΕΔΡΑΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ …………....…………………………….……….

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ/ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

	ΜΙΣΘ. ΠΕΡ.	ΗΜ. ΕΡΓΑΣ..	ΚΩΔ. ΤΥΠ. ΑΠΟΔ.	ΑΠΟΔΟΧΕΣ	ΚΩΔ.ΠΑΚ. ΚΑΛ/ΨΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΙΔ. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΕΙΣΦΟΡΕΣ
Απασχολήθηκα								
Ασφαλίστηκα								
Απασχολήθηκα								
Ασφαλίστηκα								
Απασχολήθηκα								
Ασφαλίστηκα								

ΛΟΙΠΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

• Για την ακρίβεια των ανωτέρω δύναται να βεβαιώσουν :

1. • Αυτοί που απασχολήθηκαν ή απασχολούνται στον εργοδότη : α) ……………………………………………….

β) ……………………………………………………………………γ) …………………………………………………………………….

2. •Οι εξής που γνωρίζουν (γείτονες κ. λ. π.) : α) ……………………………………………………………………….

β) ……………………………………………………………………γ)………………………………………………………………….

Κατά την πληρωμή των αποδοχών μου υπέγραφα σε •…………………………………………………………………..

• Η ανωτέρω απασχόληση προκύπτει και από τα εξής στοιχεία :………………………………………………………..

• Εκκρεμεί αίτηση συνταξιοδοτήσεώς μου ή άλλης παροχής στο ……………………………………………………….

……………………………………………
Ο ΔΗΛΩΝ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ

«ΔΗΛΩΣΗ ΔΙΑΦΩΝΙΑΣ ΕΠΙ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ – ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑ»

Το Έντυπο συμπληρώνεται και υποβάλλεται από τον ασφαλισμένο στις ακόλουθες δύο περιπτώσεις:

Περίπτωση Α: Όταν ο ασφαλισμένος διαφωνεί με τα ασφαλιστικά στοιχεία που αποτυπώνονται στο Απόσπασμα Ατομικού Λογαριασμού Ασφάλισης που παρέλαβε.

Στην περίπτωση αυτή βάζει σε κύκλο την περίπτωση 1 της παραγράφου που έπεται των προσωπικών του στοιχείων.

Στον Πίνακα Στοιχεία Απασχόλησης/ Ασφάλισης συμπληρώνει αρχικά τη γραμμή «Ασφαλίστηκα» και συγκεκριμένα τα πεδία «Μισθολογική περίοδος», «Ημέρες εργασίας», «Κωδικός τύπου αποδοχών», «Αποδοχές», «Κωδικός πακέτου κάλυψης», «Εισφορές» με τις τιμές που αναγράφονται στο Απόσπασμα. Στη συνέχεια στον ίδιο πίνακα συμπληρώνει τη γραμμή «Απασχολήθηκα» με τις τιμές που ο ίδιος θεωρεί ότι ανταποκρίνονται στα πραγματικά στοιχεία απασχόλησής του και εφόσον απαιτείται συμπληρώνονται επιπλέον λεκτικά οι τιμές στα πεδία «Ειδικότητα και Ειδική περίπτωση ασφάλισης» (π.χ. υπάλληλος γραφείου, συνταξιούχος ΙΚΑ ή υπάλληλος γραφείου, συγγενικό πρόσωπο εργοδότη).

Παρατήρηση: Για όποια πεδία απαιτείται η συμπλήρωση κωδικών, («Κωδικός τύπου αποδοχών», «Κωδικός πακέτου κάλυψης») ο ασφαλισμένος θα πρέπει να απευθυνθεί στον αρμόδιο υπάλληλο, να του γνωστοποιήσει λεκτικά τα στοιχεία που προσδιορίζουν τις ορθές τιμές (π.χ. τακτικές αποδοχές, ΒΑΡΕΑ, ΙΚΑ – ΤΕΑΜ), ώστε να πληροφορηθεί τις τιμές των ορθών κωδικών.

Περίπτωση Β: Όταν ο ασφαλισμένος καταγγέλλει ότι ο εργοδότης του δεν τον ασφαλίζει .

Στην περίπτωση αυτή βάζει σε κύκλο την περίπτωση 2 της παραγράφου που έπεται των προσωπικών του στοιχείων.

Στον Πίνακα Στοιχεία Απασχόλησης/ Ασφάλισης συμπληρώνει τη γραμμή «Απασχολήθηκα» και συγκεκριμένα τα πεδία «Μισθολογική περίοδος», «Ημέρες εργασίας», «Κωδικός τύπου αποδοχών», «Αποδοχές», «Κωδικός πακέτου κάλυψης», «Ειδικότητα», «Ειδική περίπτωση ασφάλισης», «Εισφορές» με τις τιμές που ο ίδιος θεωρεί ότι ανταποκρίνονται στα πραγματικά στοιχεία απασχόλησής του.

Παρατήρηση: Για τα πεδία «Κωδικός τύπου αποδοχών», «Κωδικός πακέτου κάλυψης», που απαιτούν συμπλήρωση κωδικών, ο ασφαλισμένος θα πρέπει να απευθυνθεί στον αρμόδιο υπάλληλο, να του γνωστοποιήσει λεκτικά τα στοιχεία που προσδιορίζουν τις ορθές τιμές (π.χ. τακτικές αποδοχές, ΒΑΡΕΑ, ΙΚΑ – ΤΕΑΜ), και να ζητήσει να του δοθούν οι αντίστοιχες τιμές των κωδικών. Σε ότι αφορά τη συμπλήρωση της ειδικότητας και της ειδικής περίπτωσης ασφάλισης, ο ασφαλισμένος μπορεί να αναγράψει τις ορθές τιμές λεκτικά (π.χ. αρτοποιός, συγγενικό πρόσωπο εργοδότη)

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ